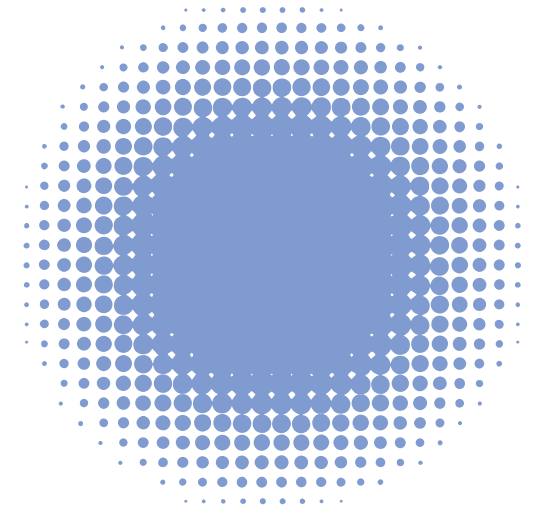


VPP

ePA – Grundlagen und Speicherpflichten für unsere Berufsgruppe

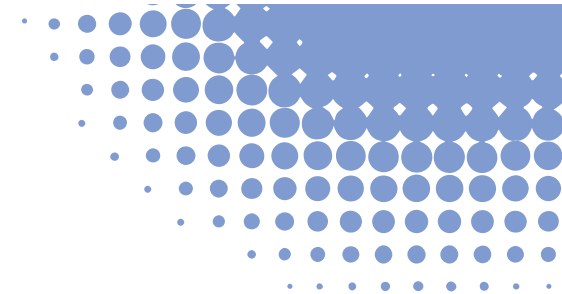


Berufsverband Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen



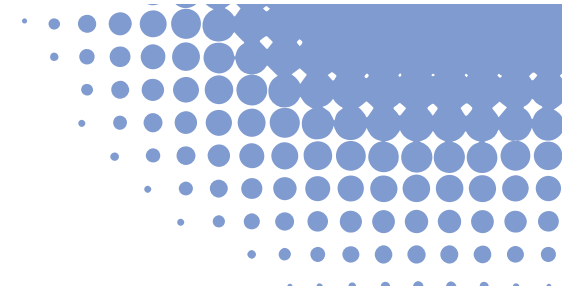
VPP Hessen 04.03.26 18:45

ePA und Behandlungsakte



1. Neuerdings Umbenennung: Einerseits die elektronische **Patientenakte** und andererseits die praxiseigene **Behandlungsakte**
2. Also wie bisher erfolgt primär und maßgeblich die Behandlungsdokumentation gem. § 630g BGB (Patientenrechtegesetz) in die praxiseigene Speicherung, nur heißt diese nicht mehr „Patientenakte“, sondern „Behandlungsakte“.
3. Eine reine papierbasierte Dokumentation bleibt möglich (scheint aber zunehmend systematisch unerwünscht)
4. Die ePA ist nicht die Behandlungsdokumentation, nur wird auf Patient*innenwunsch (ggf. unterstellt) die ePA mit Duplikaten aus der Behandlungsakte befüllt (sofern technisch möglich und digital vorliegend).
5. Folge dieser Zweiteilung:
 1. Patient*innen können ohne Begründung ihre ePA befüllen, (tw.) löschen, verschatten, fragmentieren usw.
 2. Diese Disponibilität haben Patient*innen nicht in Bezug auf die Behandlungsdokumentationen
 3. Das Beweisrecht aus § 630h BGB bezieht sich nicht auf die ePA. Indirekt können zwar ePA-Inhalte auch beweisrechtlich relevant werden, nur wird in der Regelung der Beweislastverteilung die ePA nicht mit der Behandlungsdokumentation gleichgesetzt (die Behandlungsdoku bleibt auch wg. ihrer Revisionsicherheit vorrangig).

ePA-Befüllung: Müssen oder nicht müssen ?

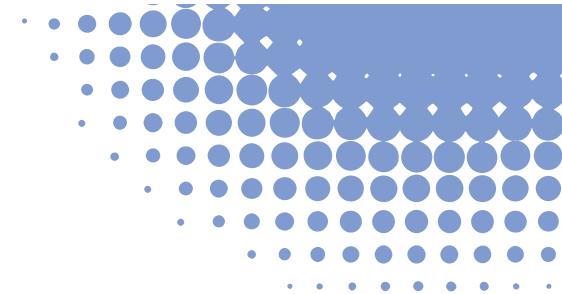


1. Unterschiedliche Blickwinkel führen zu scheinbar widersprüchlichen Darstellungen, insb. § 347 II SGB V spricht von „Pflicht“
2. Sogenannte „Pflicht-Daten“ gem. § 347 Abs.2 SGB V aus Sicht der PP/KJP: e-Befunde, e-Arztbriefe
3. Aber Grundregel: ausnahmslos (!) keine ePA-Befüllung gegen den Patientenwillen (schon deswegen nicht wirklich „müssen“)
4. Richtige Formulierung: Behandelnde müssen die ePA (nur) befüllen, wenn und soweit es dem Patientenwillen entspricht
5. Allerdings: Wollen Patient*innen mehr als die sog. Pflicht-Daten aus § 347 Abs.2 in der ePA haben, insb. Die Behandlungsdokumentation, Vg. § 347 Abs.5 SGB V (und liegen diese Daten in der aktuellen Behandlungsdokumentation digital vor und ist die ePA-Befüllung technisch möglich), dann muss die ePA entsprechend befüllt werden. Auf diese Option müssen Patient*innen hingewiesen werden.
6. „Müssen“ ohne TI-Anschluss ?
 1. Der fehlende TI-Anschluss wird sanktioniert: mindestens 2,5 %-Honorarabzug
 2. Druck nimmt seit 2026 zu: § 372 Abs.3 SGB V: ohne Systeme wie hasomed, Psyprax usw. Abrechnungsstopp angedroht!

ePA-Befüllung im Praxisalltag

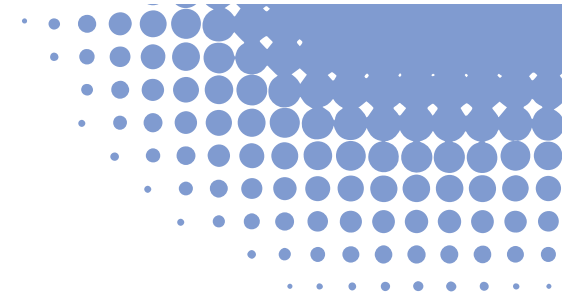
1. Alltag in ärztlichen Praxen: „Opt-out-Prinzip“: Wenn ePA angelegt und kein Widerspruch vermerkt ist: Patientenwille wird unterstellt (aber selbstverständlich dürfen Ärzt*innen trotzdem fragen, „müssen“ also nicht unterstellen)
2. Alltag in psychotherapeutischen Praxen: Hinweispflicht auf Widerspruchsrecht (anfänglich oder bei Anlass)
 1. und zwar auch bei den Pflicht-Daten (§ 347 Abs.2 i.V.m. Abs.4 S.5 und S.4 und Abs.1 S.4 SGB V)
 2. Diese Hinweispflicht entspricht faktisch dem Einholen der Einwilligung, also quasi Opt-in (deswegen ist ein – ggf. selbst erstelltes – Formular mit Ankreuzoptionen in Ordnung)
3. Theoretische Präzisierung: Damit reduziert sich das „Befüllen Müssen ohne Patientenwille“ mit Pflicht-Daten auf die seltenen Fälle, in denen Patient*innen auf Nachfrage (bzw. nach Hinweis auf das Widerspruchsrecht), zum Ausdruck bringen, dass ihnen die ePA-Befüllung egal ist oder sie sich nicht entscheiden können.
4. Möglich und latent systematisch erwünscht: Behandelnde – also auch PP/KJP – können überlegen, ob mehr als nur die sog. Pflicht-Daten in die ePA-dupliziert werden. Allerdings auch hier PP/KJP-Hinweispflicht: Sowohl auf diese Möglichkeit oder konkret diese Befüllungsabsicht, als auch auf das Widerspruchsrecht.
5. Rechte Dritter (z.B. Bezugspersonen) können einer ePA-Befüllungspflicht entgegenstehen. Ggf. auch keine ePA-Befüllung auf Wunsch des Patienten

ePA-Befüllung Beispiel PTV-11



1. Ist das ausgefüllte PTV-11 ein Befund im Sinne des § 347 Abs.2 SGB V ? Das scheint wohl herrschende Meinung zu sein.
2. Liegt dieser Befund elektronisch vor ?
 1. (Er ist Pflichtteil der Behandlungsdokumentation)
 2. Er liegt digital vor, wenn die Vorlage digital vervollständigt wird, damit er fertiggestellt digital in die Behandlungsakte gespeichert werden kann (dafür bedarf es kein Praxisstempel oder Unterschrift) → ePA-Befüllungspflicht.
 3. Dass nebenbei das Exemplar für die/den Patient*in ausgedruckt, gestempelt und unterschrieben wird, ändert nichts am Vorliegen der fertiggestellten digitalen Version.
 4. Nur wenn die das PTV-11 als Vorlage ausgedruckt wird, um es nicht nur zu stempeln und zu unterschreiben, sondern um es händisch inhaltlich auszufüllen, liegt dieser Befund nicht digital vor. Eine Papierkopie wird zur Papier-Behandlungsakte genommen. → keine ePA-Befüllungspflicht.
 5. Wird allerdings das händisch ausgefüllte und fertiggestellte PTV-11 eingescannt und als Datei zur Behandlungsdokumentation genommen, liegt es digital vor → ePA-Befüllungspflicht
3. ALLERDINGS: ePA-Befüllungspflicht nur wenn es die/der Patient*in will (bzw. trotz Hinweis nicht widersprochen hat)

ePA-Befüllung und KIM-Übermittlung



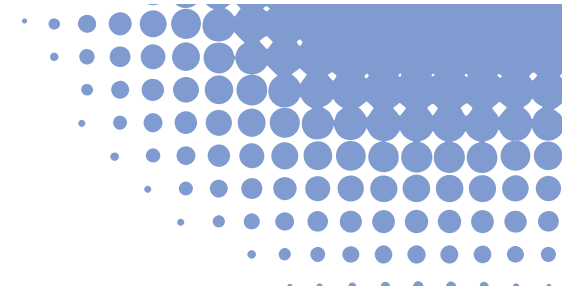
1. Arztbriefe (mit gemeint sind Briefe von PP/KJP) als Pflichtdaten für die ePA: Damit ist die Dopplung festgelegt:

1. Sie sollen sowohl übermittelt werden (ggf. per KIM) , als auch in die ePA dupliziert werden (sofern unwidersprochen und digital vorliegend).

Der Sinn erklärt sich fast von selbst: Mit der (KIM)Übersendung sind die Mit- oder Nachbehandelnden konkret adressiert, mit der ePA-Speicherung die/der Patient*in, potentielle unbekannte Mit- und Nachbehandelnde und der potentielle Forschungszweck.

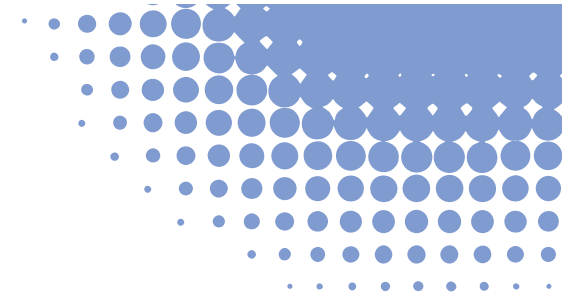
2. Allerdings ist bislang weder die digitale KIM-Übermittlung eine Pflicht, noch das Erstellen von Arztbriefen als digitale Version.
3. Die üblichen Anlässe und ggf. Regeln, ob und unter welchen Bedingungen PP/KJP Briefe an andere Behandelnde schreiben, sind unverändert.

ePA: Speicherfristen



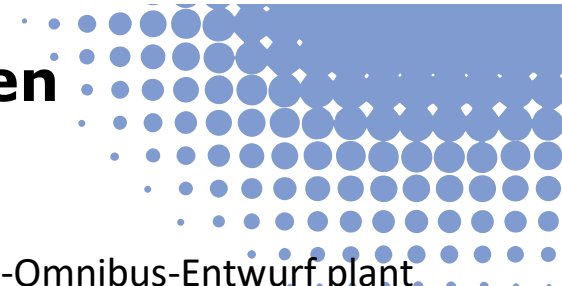
1. Das ist nicht Angelegenheit der Behandelnden, sondern allein der Patient*innen.
2. Die regelhafte Speicherfrist für die Behandlungsdokumentation (10 Jahre) gilt nicht für die ePA.
3. Es gibt keine geregelte Frist für die ePA-Befüllung, auch nicht für die sog. Pflichtdaten. Allerdings entspricht es der Sorgfaltspflicht, die typisiert immer für die weitere Behandlung/Versorgung relevanten Daten (Primärzweck) zeitnah einzustellen.
4. Die/der Patient*innen kann (nach derzeitiger Rechtslage) jederzeit und ohne Begründung einzelne ePA-Daten oder die ganze ePA löschen. (Sie/er kann auch verschatten, das ist keine Löschung)
5. Im Falle der Löschung (ggf. im Patient*innen-Auftrag durch Behandelnde) verbleibt keine Kopie, auch nicht bei den Krankenkassen als Sicherungskopie. Das ist allerdings noch nicht ganz zweifellos bei ePA-Datensätzen, die bereits mit Abrechnungsdaten verknüpft im Forschungsdatenzentrum vorgehalten werden; das bleibt noch abzuwarten, Umsetzung noch ausstehend.
6. Archivierungspflicht der GKV: Ab Tod oder GKV-Austritt 100 Jahre (§ 350 SGB V).

ePA-Befüllung bei Kindern und Jugendlichen



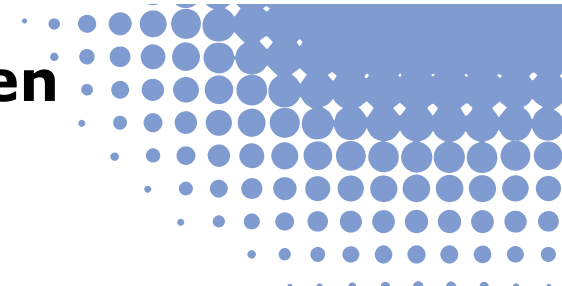
1. Bei unter 15-jährigen wird deren ePA eingerichtet, wenn die Erziehungsberechtigten nicht widersprochen haben.
2. Ab dem 15. Lebensjahr entscheiden die Patienten selbst und allein: Löschen, Verschatten, Widerspruch. Die Erziehungsberechtigten haben kein Zugriffsrecht (mehr).
3. Seit 2026 Einschränkung ePA-Befüllungspflicht, wenn erhebliche therapeutische Gründe, Rechte Dritter oder der Schutz des Kindeswohls entgegenstehen.
4. Es fehlt eine Erstreckung auf die Abrechnungsdaten, diese können von Erziehungsberechtigten von unter 15-jährigen Patienten auch in der ePA eingesehen werden, wenn der Schutz des Kindeswohls entgegensteht.

Kritische Aspekte der ePA: auch für Patient*innen interessant



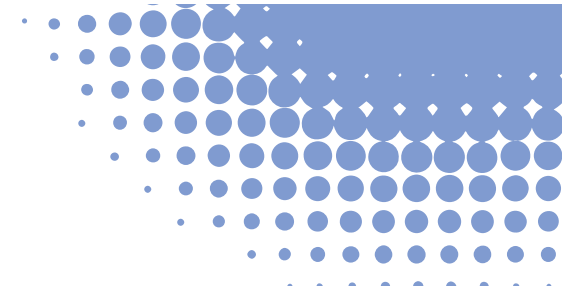
1. Digitalisierung wird unglaublich gehypt, kann der Datenschutz da mithalten ? Z.B. aktueller EU-Omnibus-Entwurf plant Eingriffe im Kernbereich: Pseudonymisierte Gesundheitsdaten gelten u.U. als Daten ohne Personenbezug. Veränderung der Definition der Gesundheitsdaten, z.B. Besuchsdaten würden nicht dazugehören.
2. Feingranulare Steuerung nicht möglich: Verschattung nur möglich für alle Behandelnden oder keinen. Änderungen auch nicht geplant.
3. Authentifizierungstechnik steigerungsfähig
4. Organisatorische Schwachstellen: z.B. Verhältnis Gematik-private Anbieter u.U nur reaktiv relevant; Schlüssel für Verschlüsselung bei den GKV-beauftragten, teils außereuropäischen privaten Betreibern; BfArM als Aufsichtsbehörde zugleich forschungsinteressiert.
5. Personenbezogene eindeutige Transparenz über (versuchte) ePA-Zugriffe erst ab 2030 geplant; bis dahin nur Institutionsbezogene Protokollierung. Zugriffsprotokollierung nur 3 Jahre gespeichert.
6. Im Rahmen der Verfassung können z.B. zukünftig Widerspruchs- und Löschrechte in Bezug auf ePA-Daten gesetzlich modifiziert werden.

Kritische Aspekte der ePA: auch für Patient*innen interessant



7. Werden von anderen Behandelnden anlassbezogen ePA-Daten zur Kenntnis genommen und sind sie behandlungsrelevant, werden sie in die andere Behandlungsdokumentation dupliziert. Diese duplizierten Daten unterfallen nicht mehr den ePA-Lösch- und Verschattungsrechten.
8. Begutachtung des ePA-Sicherheitskonzepts: Angriffe durch feindliche Regierungsorganisationen wurden nicht geprüft.
9. Eine interoperable, weitgehend technisch vereinheitlichte ePA-Speicherung bietet zwar auch für den Datenschutz viele Vorteile – konzentriert aber auch den Angriffspunkt für illegale Zugriffe (Angriffe zwar schwer möglich, dann aber ggf. weitreichend)
10. Die ePA-Befüllung mit pdf statt mit strukturierten Daten erschwert den Datenschutz insofern, als die weitere Datenverarbeitung gleich des gesamten ePA-Inhalts als umfassender Profildatensatz angereizt wird (keine privacy by design).
11. In der Sekundärnutzung (Forschung) werden standardmäßig – allerdings pseudonymisiert und innerhalb des Forschungsdatenzentrums Gesundheit ! – Einzeldatensätze (Abrechnungsdaten mit ePA-Inhalten, wenn Letzterem nicht widersprochen worden war) vorgehalten.

ePA Ausblick



Drei Passagen aus der **Digitalisierungsstrategie 2026** des BMG:

- Wir priorisieren Schlüsselprozesse für die Versorgung (zum Beispiel mit hoher Krankheitslast, hohem Potenzial an Qualität und Effizienz durch digitale Unterstützung), gestalten sie gemeinsam mit den Akteuren neu und treiben ihre Umsetzung im Versorgungsalltag voran. **Der ePA soll dabei eine zentrale Rolle zukommen.**
- Die Übertragung weiterer klinischer Datentypen in die ePA wird beschleunigt, wo sie **möglichst in Echtzeit** für entsprechende Anwendungsfälle nachnutzbar werden.
- Die Daten sind nach Möglichkeit strukturiert; **bei unstrukturiert vorliegenden Daten unterstützt Künstliche Intelligenz die Auswertung** und Nutzung.

Sonstige Planung:

1. ePA 3.1. Release, geplant Mitte 2026 : Digital gestützter Medikationsprozess (dgMP)
2. Volltextsuche, Video-Identverfahren
3. Im Weiteren: Berücksichtigung der EHDS-geregelten (Electronic Health Record)-Zertifizierung
4. 2027 „Laborbefund“
5. Nachfolgende Jahre: „Patientenkurzakte“, „Arzt- und Entlassbriefe“, „Bildbefunde“



Berufsverband Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

Vielen Dank

BDP Rechtsberatung

Jan Frederichs

E-Mail: j.frederichs@bdp-verband.de

Telefon: +49 30 209166-640